



## Carta Hospitalar de Pediatria

1.	Introdução .....	2
2.	Enquadramento .....	2
3.	Objectivos de um Serviço de Pediatria .....	11
4.	Orientações gerais para um Serviço de Pediatria Hospitalar .....	11
5.	Parceria e continuidade de cuidados .....	12
6.	Diferenciação dos Serviços de Pediatria .....	13
7.	Hospitais que não integram a Rede Hospitalar de Pediatria .....	13
8.	Bases de um Serviço de Pediatria Geral .....	14
9.	Bases de um Serviço de Pediatria Especializado .....	16
10.	Serviços e Unidades dos Serviços de Pediatria Especializados .....	16
11.	Quadro dos Serviços de Pediatria Especializados.....	17
12.	Subespecialidades e outras Áreas de Diferenciação Pediátricas .....	17
13.	Cirurgia Pediátrica.....	24
14.	Outras Especialidades .....	28

## 1. Introdução

Este documento, elaborado pela Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente, pretende traçar as linhas orientadoras da concepção de serviços hospitalares para crianças e adolescentes, centrados na família e na garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Servem também de referência primordial os direitos consagrados na Carta da Criança Hospitalizada, aprovada em Leiden por várias associações europeias e divulgada em Portugal pelo Instituto de Apoio à Criança <sup>1 2</sup>.

Na Carta da Criança Hospitalizada são expressos e universalmente aceites alguns princípios como o internamento como recurso último, o tratamento mínimo eficaz, o acompanhamento pelos pais e a adequação da informação e dos serviços aos diferentes grupos etários pediátricos.

O incentivo à família na participação, decisão e colaboração dos cuidados, bem como a humanização e formação dos técnicos de saúde, assim como o respeito pelos direitos relativos à religião e à barreira linguística e diferença cultural, devem também ser considerados imperativos essenciais, na organização dos Serviços de Pediatria.

Destas orientações e dos dados demográficos nacionais e regionais resultará uma Carta Hospitalar e de Cuidados Pediátricos em Portugal. A transposição dos conceitos para a realidade portuguesa permitirá uma maior rentabilidade dos meios à disposição, assegurando que todas as crianças tenham acesso aos cuidados apropriados e no momento em que deles careçam: é este o objectivo fundamental da presente Carta Hospitalar. Esta Carta constitui a base da Rede Hospitalar de Pediatria.

---

<sup>1</sup> [www.European Association for Children in Hospital.com](http://www.EuropeanAssociationforChildreninHospital.com). Leiden Charter, 1995

<sup>2</sup> Carta da Criança Hospitalizada. Instituto de Apoio à Criança, Março 1996

## 2. Enquadramento

Para o desenvolvimento de qualquer estratégia é necessário o conhecimento da evolução demográfica e epidemiológica da população.

### 2.1 Evolução demográfica

Considerou-se a evolução demográfica de toda a população residente em Portugal - Continente e do grupo etário dos 0 aos 18 anos, subdividido em dois subgrupos: dos 0 aos 14 e dos 15 aos 17<sup>3</sup>.

Entre 1991 e 2006 a população residente em Portugal - Continente aumentou 6,7%, passando de 9471980 para 10110271 mas a previsão é de que, entre 2010 e 2050, diminua 12,9%. No mesmo período, a proporção de população residente com menos de 18 anos diminuiu 23,5%. Entre 1991 e 2006, este grupo etário baixou de 2294812 para 1874754 (diminuição relativa: 18,3%) sendo o número de residentes abaixo dos 15 anos de 1546450 e entre os 15 e os 17 anos, de 328304, em 2006 (Quadro I).

**Quadro I - Distribuição da população residente (nº e %)  
em Portugal Continente: 1991-2006**

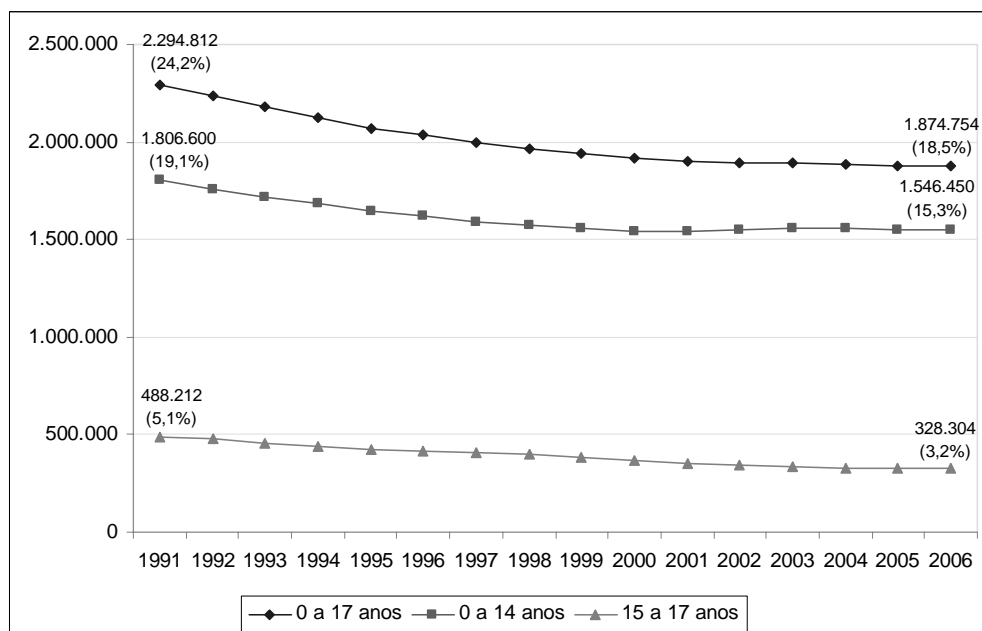
	1991	1996	2001	2006
0 a 14 anos	1806600 (19,1%)	1618515 (16,9%)	1544884 (15,7%)	1546450 (15,3%)
15 a 17 anos	488212 (5,1%)	415756 (4,3%)	354450 (3,6%)	328304 (3,2%)
0 a 17 anos	2294812 (24,2%)	2034271 (21,2%)	1899334 (19,3%)	1874754 (18,5%)

Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente (1991-2006)

A Figura 1 ilustra a evolução da população dos 0 aos 18 anos, de 1991 a 2006 em números absolutos e percentagem.

**Figura I - Distribuição da população residente (nº),  
com idade inferior a 18 anos, em Portugal Continente: 1991-2006**

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Estatística - 2006



Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente (1991-2006)

A distribuição da população com idade inferior a 18 anos, pelas Regiões de Saúde, no mesmo período, 1991 a 2006, está representada no Quadro II.

**Quadro II - Distribuição da população residente (n°), com idade inferior a 18 anos, por Região: 1991-2006**

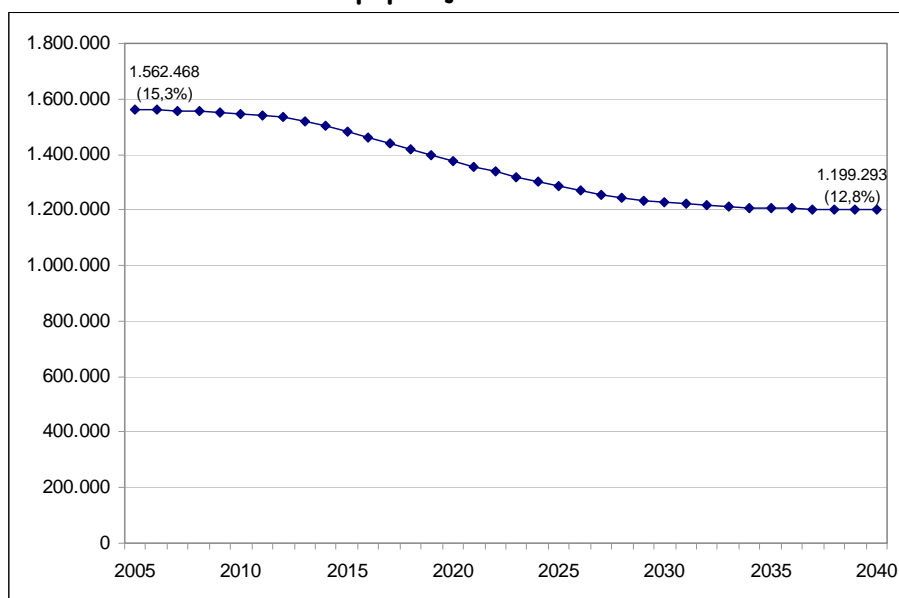
	1991	1996	2001	2006
<b>Norte</b>				
0 a 14 anos	752119	676697	633574	603704
15 a 17 anos	195699	167823	146796	133787
<b>Centro</b>				
0 a 14 anos	317623	279748	261739	252406
15 a 17 anos	84046	74322	63297	57173
<b>Lisboa e Vale do Tejo</b>				
0 a 14 anos	587024	527647	522886	559954
15 a 17 anos	168588	139109	113266	109348
<b>Alentejo</b>				
0 a 14 anos	90480	77587	70050	67035
15 a 17 anos	23852	20557	17783	15183
<b>Algarve</b>				
0 a 14 anos	59354	56836	56635	63351
15 a 17 anos	16027	13945	13308	12813

Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente (1991-2006)

Quanto aos grupos etários, verifica-se uma distribuição estável nos últimos anos relativamente à população total: de 5,2 % dos 0 aos 4 anos, 5,1% dos 5 aos 9 anos e 5,2% dos 10 aos 14 anos e 3,2% dos 15 aos 17 anos.

As projecções efectuadas com base na tendência das últimas décadas prevêem que a proporção de crianças e adolescentes com menos de 15 anos em relação à população total diminua de 15,3% para 12,8%, entre 2010 e 2040 (Figura II), não sendo possível apresentar as projecções para o grupo etário dos 15 aos 17 anos por o INE disponibilizar esta informação apenas por grupos quinquenais (15-19 anos).

**Figura II - Projecções da população residente em Portugal Continental  
2010-2040 - população menor de 15 anos**



Fonte: INE, Projecções de População Residente - Portugal e NUTS II (2000-2050)

No entanto, considerando os 3 componentes básicos de que depende a evolução demográfica<sup>4</sup> - a natalidade, a mortalidade e as migrações - pode esperar-se que o decréscimo da população abaixo dos 18 anos estabilize ou mostre inflexão.

Quanto à taxa de natalidade, verificou-se um decréscimo global de 11,5 para 9,9 nascimentos por mil habitantes, entre 1991 e 2006. Nas Regiões Norte, Centro e Alentejo a taxa de natalidade caiu 27,3%, 19,0% e 16,7%, respectivamente. Lisboa e

<sup>4</sup> Lutz W, Scherbov S. Europe and its immigrants in the 21st century. Migration Policy Institute, 2006

Vale do Tejo registou um aumento de 2,8% e a Região do Algarve teve uma variação nula de 1991 para 2006, mas mostrou uma subida de 2005 para 2006.

Espera-se que as políticas do governo de incentivo à natalidade, com início em 2007, possam contribuir para o aumento da população infantil.

Quanto à mortalidade infantil, mantém-se a forte redução de 84,1% dos últimos 25 anos. De 1991 para 2006 a taxa de mortalidade infantil em Portugal - Continente - caiu ainda de 10,7‰ para 3,3‰, a taxa de mortalidade neonatal de 6,9‰ para 2,1‰ e a taxa de mortalidade dos 1 aos 4 anos, de 0,78 para 0,24 por 1000 habitantes (Quadro III). A mortalidade abaixo dos 5 anos foi de 82,7 por 100 000 habitantes.

**Quadro III - Taxas de mortalidade infantil, neonatal, e de 1 aos 4 anos em Portugal - Continente, em 1991, 2001 e 2006**

	1991	2001	2006
TM infantil (por 1000 NV)	10,7	4,8	3,3
TM neonatal (por 1000 NV)	6,9	2,8	2,1
TM de 1 aos 4 anos (por 1000 habitantes)	0,78	0,4	0,24

Fonte: INE (dados relativos a 2006) e ACS

Quanto à população imigrante, tem havido um aumento do número de famílias imigrantes, jovens e com uma taxa de fertilidade superior à das famílias portuguesas.

Segundo o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, em 1996 residiam (legalmente) no território nacional 172912 estrangeiros. Em 2006 esse valor era já de 409185 estrangeiros e estima-se que exista ainda um número considerável de imigrantes ilegais (Quadro IV).

**Quadro IV - Evolução da população estrangeira em território nacional (1986-2006)**

Ano	Residentes	Autorização Permanência	Visto Longa Duração	Total
1996	172912			172912
2005	274631	93391	46637	414659
2006*	321133	32661	55391	409185

Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2008) \* Dados provisórios

Esta população concentrava-se, em 2006, essencialmente nos distritos de Lisboa,

Faro e Setúbal, distritos com um número crescente de crianças, filhos de imigrantes

com más condições socioeconómicas, sem vigilância na saúde e com poucos recursos na doença.

## 2.2 Evolução da actividade assistencial

De acordo com os dados da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), relativos aos Hospitais referidos em rodapé <sup>5</sup>verificou-se que, de 2003 para 2006, o número total de internamentos baixou 5,9% dos 0 aos 17 anos e 6,1% dos 0 aos 14 anos, o que está de acordo com o decréscimo desta população que também diminui 0,8% e 0,6%, respectivamente (Quadro V e Figura III).

**Quadro V - População e Internamentos <18 anos e <15 anos (2003-2006)**

Ano	População dos 0 aos 14 anos*		População dos 0 aos 17 anos*	
	Nº total	Internamentos	Nº total	Internamentos
2003	1 555 072	195 936	1 889 083	209 044
2004	1 554 444	187 694	1 883 474	200 788
2005	1 552 128	186 452	1 880 356	198 766
2006	1 546 450	182 959	1 874 754	195 130

\*Total de internamentos, incluindo os recém-nascidos normais. Nadosvivos: 112589 em 2003; 109356 em 2004; 109457 em 2005 ; 105449 em 2006

Fonte: INE e ACSS (2003 a 2006)

**Figura III - Internamentos\*, de 2003 a 2006, <18 anos e <15 anos**

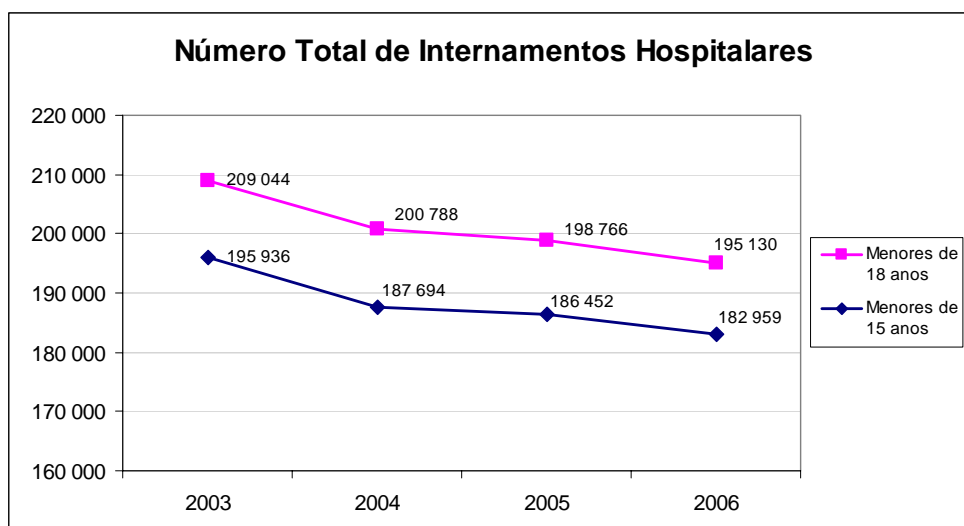
<sup>5</sup> **Região Saúde do Norte** Hospital (H.) Santa Maria Maior, H. São João, H. Geral de Santo António, Instituto Português Oncologia do Porto, H. S. Gonçalo, Unidade Local de Saúde(ULS) de Matosinhos, H. Padre Américo, Centro Hospitalar (CH) Alto Minho, CH do Nordeste, CH Vila Nova de Gaia/Espinho, CH do Médio Ave, CH Trás-os-Montes e Alto Douro, CH do Alto Ave, H.S. Marcos, H. Joaquim Urbano, CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde, H. Nossa Senhora da Conceição, H. Central Especializado Crianças Maria Pia, Maternidade Júlio Dinis

**Região de Saúde do Centro** H. Infante D. Pedro, Instituto Português Oncologia de Coimbra, H. Distrital da Figueira da Foz, CH da Cova da Beira, H. Santo André, H. S. Teotónio, H. S. Sebastião, CH de Coimbra, H. Distrital de Águeda, H. José Luciano de Castro, H. Visconde de Salreu, H.S. Miguel, H. Dr. Francisco Zagalo, H. Distrital de S. João da Madeira, H. Amato Lusitano, H. da Universidade de Coimbra, H. Arcebispo João Crisóstomo, Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro, H. Rovisco Pais, H. Sousa Martins, H. Nossa Senhora da Assunção, CH das Caldas da Rainha, H. de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira, H.S. Pedro, H. Distrital de Pombal, H. Cândido de Figueiredo

**Região Saúde LVT** H. Pulido Valente, CH Médio Tejo, H. Santa Maria, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, H. Nossa Senhora do Rosário, H. Distrital de Santarém, H. Garcia de Orta, CH de Lisboa Ocidental, CH de Setúbal, CH de Lisboa Central, H. Curry Cabral, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Instituto Gama Pinto, CH de Cascais, H. Reynaldo dos Santos, H. do Montijo, CH de Torres Vedras, H. do Litoral Alentejano

**Região de Saúde Alentejo** ULS Norte Alentejo, CH do Baixo Alentejo, H. Espírito Santo de Évora

**Região de Saúde Algarve** CH do Barlavento Algarvio, H. Distrital de Faro



\*Total de internamentos, incluindo os recém-nascidos normais. Nadosvivos: 112589 em 2003; 109356 em 2004; 109457 em 2005 ; 105449 em 2006

Fonte: INE e ACSS (2003 a 2006)

Estes dados são referidos a todos os internamentos dos 0 aos 18 anos, seja qual for o Serviço ou Departamento e incluem os recém-nascidos normais e o internamento de adolescentes por gravidez e parto.

Excluindo os recém-nascidos normais, 20,7% dos internamentos foram no primeiro ano de vida, 28,6% dos 1 aos 4 anos, 23,2% dos 5 aos 9 anos, 16,5% dos 10 aos 14 anos e 11,1% dos 15 aos 17 anos, tendência que se manteve ao longo dos quatro anos estudados.

Os cinco principais diagnósticos dos internamentos hospitalares, por grupo etário, estão representados no Quadro VI

#### **Quadro VI - Principais causas dos internamentos hospitalares por**



**grupos de idade. Portugal continente 2006.**

Grupo de Idade	Diagnóstico Principal (capítulos da CID9-MC)	N	%
<1 ano*	1- Doenças do aparelho respiratório (460-519)	6 382	30,2%
	2- Condições originárias do período perinatal (760-779)	2 501	11,8%
	3- Doenças do aparelho digestivo (520-579)	2 110	10,0%
	4- Doenças infecciosas e parasitárias (001-139)	2 050	9,7%
	5- Doença do aparelho geniturinário (580-629)	1 789	8,5%
1-4 anos	1- Doenças do aparelho respiratório (460-519)	8 701	29,0%
	2- Doenças do aparelho digestivo (520-579)	4 254	14,2%
	3- Doenças infecciosas e parasitárias (001-139)	3 020	10,1%
	4- Anomalias Congénitas (740-759)	2 362	7,9%
	5- Doença do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos (320-389)	2 208	7,4%
5-9 anos	1- Doenças do aparelho respiratório (460-519)	7 591	29,3%
	2- Doenças do aparelho digestivo (520-579)	3 955	15,3%
	3- Doença do aparelho geniturinário (580-629)	2 499	9,6%
	4- Doença do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos (320-389)	2 227	8,6%
	5- Lesões e envenenamento (800-999)	2 162	8,3%
10-14 anos**	1- Doenças do aparelho digestivo (520-579)	3 048	18,2%
	2- Doenças do aparelho respiratório (460-519)	2 301	13,7%
	3- Lesões e envenenamento (800-999)	2 267	13,5%
	4- Doença do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos (320-389)	1 268	7,6%
	5- Doença do aparelho geniturinário (580-629)	1 259	7,5%
15-17 anos**	1- Lesões e envenenamento (800-999)	1 649	13,5%
	2- Doenças do aparelho digestivo (520-579)	1 643	13,5%
	3- Complicações da gravidez, parto e puerpério (630-677*)	1 589	13,1%
	4- Doenças do aparelho respiratório (460-519)	944	7,8%
	5- Doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo	819	6,7%

\*excepto os recém-nascidos normais

\*\* excepto os partos normais (CID9-MC 650) e múltipla gestação (CID9-MC 651)

Fonte: ACSS 2006

Quanto à utilização de Hospital de Dia Pediátrico, verifica-se um aumento progressivo e significativo do número de crianças e adolescentes tratados: de 1934 em 2003 para 5811 em 2006.

Ainda privilegiando o ambulatório, aumentou o número de consultas hospitalares de Pediatria, mantendo-se estável o número de consultas de saúde infantil e juvenil nos Centros de Saúde (Quadro VII)

**Quadro VII - Consultas de Pediatria hospitalares e de Saúde Infantil e Juvenil nos Centros de Saúde, de 2003 a 2006**

Ano	Consultas Hospitalares de Pediatria Médica	Consultas de Saúde infantil e Juvenil nos Centros de Saúde
2002	377 209	2 953 121
2003	418 299	2 786 449
2004	435 037	2 813 145
2005	442 996	2 873 836
2006	491 443	2 843 104

Fonte: INE (2003 a 2006)

Quanto aos episódios nas urgências dos Serviços de Pediatria, têm aumentado de forma consistente. Verificaram-se 783649 episódios em 2004, 872330 em 2005 e 1163569 em 2006. Não é possível obter informação quanto ao número de crianças e adolescentes que recorreram às urgências de adultos <sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) 2008

### 3. Objectivos de um Serviço de Pediatria

Prestar cuidados hospitalares eficientes, seguros e apropriados à criança e adolescente e à família, por profissionais qualificados com conhecimentos e desempenho em pediatria/saúde infantil. Privilegiar sempre o atendimento em ambulatório. Ser um espaço *amigo* da criança e do adolescente.

### 4. Orientações gerais para um Serviço de Pediatria Hospitalar

**4.1** Atendimento até aos 18 anos de idade.

**4.2 Urgência Pediátrica** integrada no Serviço ou Departamento de Pediatria.

**4.2.1** Prestação de todos os cuidados, médicos ou cirúrgicos, em ambiente pediátrico

**4.2.2** Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) junto à urgência, de modo a evitar que a criança ou o adolescente seja penalizado com internamentos prolongados. Justifica-se sempre que haja necessidade de internamento hospitalar por um período mínimo de 12h e máximo de 36h, devendo ser equiparada a Unidade de Cuidados Intermédios para efeitos de equipamento e financiamento.

**4.3 Consulta externa** destinada a crianças e adolescentes, em espaço próprio e ambiente pediátrico.

**4.4 Internamento** de todas as crianças e adolescentes até aos 18 anos num serviço de pediatria seja a patologia, médica ou cirúrgica. Dos 15 aos 18 anos, o adolescente poderá optar por um serviço de adultos.

**4.4.1** Condições de internamento adequadas às crianças e adolescentes, com espaços próprios, zonas de brincar para as crianças e salas de estar para os adolescentes.

**4.4.2** Condições para a permanência de um acompanhante durante 24h.

**4.4.3** Refeições com menus agradáveis e adequados aos diferentes grupos etários.

**4.4.4** Educador de infância/animador permanente, envolvido também na informação às crianças e acompanhantes no âmbito do trabalho de equipe multidisciplinar

**4.4.5** Professor do ensino básico em tempo parcial.

**4.4.6** Relatório na alta que deve ser discutido e entregue aos pais e adolescente e enviado a todos os profissionais continuadores dos cuidados de saúde.

**4.5 Hospital de Dia Pediátrico (HDP)** conforme documento da CNSCA<sup>7</sup>

**4.5.1** Deve ser previsto HDP Médico e/ou Médico-Cirúrgico

**4.6** Auditoria interna periódica das condições de segurança das instalações e equipamentos.

**4.7** Formação especializada e contínua de todos os profissionais que trabalham com crianças e adolescentes.

**4.8** Avaliação periódica do grau de satisfação dos pais e adolescentes.

## **5. Parceria e continuidade de cuidados.**

**5.1** Os cuidados à criança e adolescente devem ser prestados em parceria com a família, em continuidade e complementaridade com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

**5.2** As Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) mantêm-se como a estrutura de suporte desta articulação

**5.3** O Pediatra Consultor (PC) será um elemento privilegiado desta articulação e é nomeado pelo Director do Serviço de Pediatria<sup>8</sup>.

**5.3.1** As funções do PC incluem a discussão de casos-problema, a referenciação directa, a organização da formação contínua ou outras consideradas necessárias. Estas funções são prestadas no horário normal de trabalho, com periodicidade variável, semanal ou mensal, conforme a disponibilidade do serviço e a necessidade dos ACES, a combinar localmente.

**5.3.2** Esta actividade deverá ser objecto de protocolo formal entre o ACES e o Hospital de referência, que deve incluir o modelo de financiamento

---

<sup>7</sup> [www.cnsca.pt](http://www.cnsca.pt). Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente. Hospital de Dia Pediátrico, 2008

<sup>8</sup> [www.cnsca.pt](http://www.cnsca.pt) Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente. Pediatra Consultor, 2008

## 6. Diferenciação dos Serviços de Pediatria

**6.1** Consideram-se dois níveis de Serviço Hospitalar de Pediatria: **Serviço de Pediatria Geral (SPG)** e **Serviço de Pediatria Especializado (SPE)**.

**6.1.1 Serviços de Pediatria Geral (SPG):** Deve existir um SPG para 40.000 a 60.000 crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos, o que corresponde sensivelmente a uma base populacional de 200.000 a 250.000 habitantes. Por razões geográficas, pode considerar-se a necessidade de um SPG em populações inferiores à estipulada. Por razões geográficas e/ou educacionais, um SPG pode diferenciar-se em áreas específicas ou Sub Especialidades.

**6.1.2 Serviços de Pediatria Especializado (SPE):** Deve existir um SPE para 300.000 a 350.000 crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos, o que corresponde sensivelmente a uma base populacional de 1.500.000 habitantes. O SPE é médico-cirúrgico.

**6.2** Todos os serviços SPE ou SPG devem cumprir as orientações gerais para um serviço de pediatria hospitalar e a articulação entre cuidados primários e secundários (pontos 3 e 4).

## 7. Hospitais que não integram a Carta Hospitalar de Pediatria

Nalguns hospitais que actualmente têm especialistas em Pediatria, mas que não integram a carta hospitalar de pediatria, pode justificar-se assistência pediátrica em regime de Ambulatório.

Estes pediatras articular-se-ão com o serviço de Pediatria mais próximo e os lugares são a extinguir quando vagarem. Após a extinção, a eventual deslocação regular de pediatras a partir do serviço mais próximo a este hospital deverá constar de protocolo a celebrar entre os dois hospitais. O hospital que recebe deverá ter as condições consideradas adequadas para a prestação de cuidados às crianças e adolescentes, em ambulatório

## 8. Bases de um Serviço de Pediatria Geral (SPG)

### 8.1 Recursos Humanos mínimos:

#### 8.1.1 Pediatras:

SPG sem Maternidade, 7 com idade inferior a 55 anos;

SPG com Maternidade: 14 com idade inferior a 55 anos.

#### 8.1.2 Enfermeiros<sup>9</sup>:

Enfermaria - 1 Enfermeiro/turno para 6 crianças;

Cuidados Intermédios - 1 Enfermeiro/turno para 4 crianças.

Tendencialmente em cada turno deve ser considerada a existência de um especialista em saúde infantil e pediátrica.

**8.1.3** Para além destes recursos humanos mínimos, o Director do Serviço em conjunto com a Direcção Clínica e de Enfermagem, e de acordo com a política, missão e âmbito de intervenção do Serviço de Pediatria, definirão o plano de recursos necessários.

### 8.2 Lotação em Internamento:

Enfermaria - 1 cama para 3000 crianças e adolescentes (mínimo 12 camas); 30% destas, devem ser em quartos individuais para isolamento e/ou internamento de adolescentes.

UICD - 1 cama para 12000 crianças e adolescentes (mínimo 4 camas);

HDP - 2 a 3 camas /postos.

**8.3 Urgência Pediátrica:** deve ser dotada de espaço físico próprio e estar integrada no Serviço ou Departamento de Pediatria. Todas as crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade, que necessitem de recorrer a uma urgência hospitalar, devem ser observadas nesta unidade (excepto se problemas relacionados com gravidez). Por se tratar de uma unidade ainda inexistente em muitos hospitais particularizam-se alguns aspectos.

#### 8.3.1 Recursos Humanos mínimos:

**8.3.1.1 Médicos:** dois em presença física, sendo pelo menos um, pediatra. Nos Hospitais com Maternidade deverão ser dois Pediatras Além dos especialistas em pediatria, a equipa pode ter ainda na sua constituição médicos de medicina geral e familiar ou de

---

<sup>9</sup> [www.CNSCA.pt](http://www.CNSCA.pt). O enfermeiro e os cuidados de saúde à criança e ao adolescente, 2008

outras especialidades com ou em formação em saúde infantil e juvenil. Para além destes, deve ter o apoio de um cirurgião, de um ortopedista e de um anestesista.

**8.3.1.2** Enfermeiros: três por turno.

**8.3.1.3** Auxiliar de acção médica: um por turno.

**8.3.1.4** Assistente social: apoio pelo menos durante 12h do dia.

**8.3.1.5** Serviços de Patologia Clínica, Imuno-hemoterapia e Imagiologia convencional, disponíveis 24h/dia.

**8.3.2 Espaço Físico:** deve ser climatizado e cumprir todas as normas de segurança e higiene em vigor. Deve ser dotado de: uma sala de espera exterior, com casas de banho para os dois sexos e para deficientes de ambos os sexos; uma sala de triagem com privacidade e a possibilidade de ser dotada de 2 postos de trabalho; uma sala de reanimação equipada com todos os componentes necessários a uma reanimação cárdio-respiratória; dois a três gabinetes médicos; uma sala de tratamentos com fonte de O<sub>2</sub>; uma sala de aerossóis (no mínimo com três fontes de O<sub>2</sub>); uma sala de pequena cirurgia/ortopedia; uma sala de observações; uma UICD; uma sala destinada a reuniões e/ou entrevista aos pais em situações particulares; um gabinete para as chefias, vestiários para profissionais de ambos os sexos;

**8.3.3 Unidade de Internamento de Curta Duração:** está situada junto à urgência, equipada como unidade de cuidados intermédios e admite crianças e adolescentes para internamento por um período mínimo de 12h e máximo de 36h.

**8.4 Consulta Externa:** deve funcionar num espaço próprio e adequado ao grupo etário. Este espaço deverá ser partilhado por todas as especialidades, excepto se as condições o não permitirem. Poderá ainda partilhar áreas com o HDP.

**8.4.1 Espaço físico:** 4 gabinetes de consulta; 1 sala de tratamentos; 1 sala de enfermagem; 1 sala de estar para as crianças/adolescentes e acompanhantes; 1 sala polivalente - reuniões/consulta de grupo/ensino

## 9. Bases de um Serviço de Pediatria Especializado (SPE)

- 9.1** Os SPE são referência para cuidados diferenciados, e prestam também cuidados inerentes aos Serviços de Pediatria Geral à população da área do Hospital.
- 9.2** O seguimento em SPE deve ser baseado num conceito de rede de cuidados que permitam à criança ou adolescente continuar o tratamento em SPG perto da sua área de residência.
- 9.3** A articulação entre o SPE e o SPG deve ser formalizada por protocolos de referência. Sempre que necessário e indicado esses protocolos poderão incluir a possibilidade de deslocação do médico da área diferenciada em causa ao SPG.
- 9.4** Devem ser elaborados planos individuais de cuidados pelos centros locais e especializados.
- 9.5** Nos casos de doença crónica, a transição para um serviço especializado de adultos deve ser programada com flexibilidade, em idade variável conforme a vontade do adolescente e as características da doença, mantendo-se os princípios de continuidade e transdisciplinariedade.

## 10. Serviços e Unidades dos SPEs

- 10.1** Cada Serviço ou Unidade presta cuidados especializados nomeadamente técnicas específicas de diagnóstico e intervenção. Deverão ter capacidade para executar pelo menos 75% das técnicas específicas dessa área definidas pelo Colégio de Pediatria ou pelos Colégios da Subespecialidade.
- 10.2** Recursos Humanos mínimos:
- 10.2.1** Médicos - dois com diferenciação nessa área a tempo inteiro.
- 10.2.2** Enfermeiros - um afecto às técnicas efectuadas ou a situações específicas no internamento.



- 10.3 Espaço físico: Técnicas** - espaço próprio ou em partilha com outros Serviços ou Unidades que permita técnicas ou procedimentos específicos; internamento e consultas
- espaço próprio ou em partilha com outros Serviços ou Unidades.

## 11. Serviços de Pediatria para Portugal-Continente, por Região

De acordo com os rácios definidos no ponto 6.1, propõem-se para Portugal Continente, um mínimo de 33 e um máximo de 37 Serviços de Pediatria Geral e 6 Serviços de Pediatria Especializados, com a distribuição seguinte, por Região (Quadro VIII):

**Quadro VIII - Número de Serviços de Pediatria por ARS**

<b>Administrações Regionais de saúde</b>	<b>Serviços de Pediatria Especializados</b>	<b>Serviços de Pediatria Geral</b>
<b>Norte</b>	2	10 a 12
<b>Centro</b>	1	9 a 10
<b>LVT</b>	2	10 a 11
<b>Alentejo</b>	-	3
<b>Algarve</b>	1	1
<b>Total</b>	6	33 a 37

## 12. Subespecialidades e outras áreas de diferenciação pediátrica

Subespecialidades aprovadas pela Ordem dos Médicos

### 12.1 Cuidados Intensivos Pediátricos

### 12.2 Gastrenterologia Pediátrica

### 12.3 Nefrologia Pediátrica

### 12.4 Neonatologia

### 12.5 Neuropediatria

### 12.6 Oncologia Pediátrica

Outras áreas de diferenciação pediátrica aceites pela Sociedade Portuguesa de Pediatria e constituídas em Secções:

**12.7 Alergologia Pediátrica**

**12.8 Desenvolvimento**

**12.9 Doenças metabólicas**

**12.10 Endocrinologia Pediátrica**

**12.11 Hematologia Pediátrica**

**12.12 Infecçiology Pediátrica**

**12.13 Medicina da Adolescência**

**12.14 Pneumologia Pediátrica**

**12.1 Cuidados Intensivos Pediátricos (CIP) <sup>10</sup>**

**12.1.1** Número de Unidades e de camas de Cuidados Intensivos a nível nacional e regional (Quadro IX), por população infantil e para uma taxa de ocupação de 75%

**Quadro IX - Número de camas de Cuidados Intensivos Pediátricos por ARS**

<b>ARSs</b>	<b>Pop &lt;18 anos (INE, 2005)</b>	<b>UCIPs Existentes</b>	<b>Nº camas existentes</b>	<b>UCIPs propostas</b>	<b>Nº camas propostas</b>
<b>Norte</b>	747.155	3	13	2	18
<b>Centro</b>	312.949	1	4	1	8
<b>LVT</b>	662.254	4	19	4	19
<b>Alentejo</b>	83.381	-	-	-	-
<b>Algarve</b>	74.617	1	2	1	4
<b>Total</b>	1.880.356	9	38	8	49

**12.1.2 Recursos humanos:**

**12.1.2.1 Médicos:** 3 com subespecialidade em CIP. Um médico em presença física 24 horas/dia.

**12.1.2.2 Enfermeiros:** um por turno para 1 ou 2 crianças.

<sup>10</sup> De acordo com documento elaborado pelo Colégio de Cuidados Intensivos Pediátricos e Secção de Cuidados Intensivos Pediátricos da Sociedade Portuguesa de Pediatria, em Junho de 2007

**12.1.3 Espaço físico mínimo:** seis camas nas Unidades de CIP ou de quatro camas pediátricas nas Unidades Mistas com Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais. Para cada cama de Cuidados Intensivos, deve existir uma de Cuidados Intermédios. Metade destas, devem ser adjacentes aos Cuidados Intensivos.

**12.1.4 Apoios:** apoio permanente de Anestesia, Cirurgia Pediátrica, Neurocirurgia Ortopedia, Imagiologia (com ecografia e TAC), Imuno-hemoterapia e Patologia Clínica e com disponibilidade (máximo 30 minutos) de Cardiologia Pediátrica, Gastreenterologia, Neurologia, Otorrinolaringologia e Pneumologia. Acessibilidade, apoio e possibilidade de discussão interdisciplinar das seguintes especialidades: Cirurgia Córdio-torácica, Hematologia, Infecçiology, Medicina Física e Reabilitação, e Oftalmologia.

**12.1.5 Técnicas:** alimentação parentérica total, Broncofibroscopia diagnóstica e terapêutica, Cateterismo arterial e venoso central, Diálise peritoneal aguda e Hemofiltração, Doppler transcraniano ou PIC ou SJO<sub>2</sub>, Doseamento medicamentos e tóxicos, Ecodoppler incluindo transfontanelar, Electrocardiografia, Electroencefalografia, Ventilação mecânica convencional, Ventilação não convencional, Endoscopia digestiva, Monitorização invasiva de: TA, PVC ou SVO<sub>2</sub> e Capnografia.

**12.1.6 Actividade assistencial mínima:** 300 admissões anuais

## **12.2 Gastreenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição <sup>11</sup>**

**12.2.1** Cinco a seis Unidades: 2 no Norte, 1 no Centro, 2 em LVT e eventualmente 1 no Algarve

**12.2.2 Recursos humanos e Espaço físico:** de acordo com os pontos 10.2 e 10.3

**12.2.3 Técnicas:** Alimentação parentérica e enteral, biópsia jejunal, rectal e hepática percutânea, CPRE, Endoscopia digestiva alta e baixa diagnóstica e terapêutica, Gastrostomia percutânea, Manometria esofágica e ano-rectal, Ph-metria esofágica Provas de tolerância alimentar, Testes respiratórios de absorção.

**12.2.4** Transplante hepático - 1 único centro pediátrico, com actividade assistencial mínima de 6 transplantes por ano

**12.2.5 Actividade assistencial mínima:** 75 endoscopias por ano e por médico

---

<sup>11</sup> Técnicas definidas pelo Colégio de Gastroenterologia Pediátrica da Ordem dos Médicos

### **12.3 Nefrologia Pediátrica <sup>12</sup>**

**12.3.1** Cinco a seis Unidades: 2 no Norte, 1 no Centro e 2 em LVT e eventualmente 1 no Algarve

**12.3.2** Recursos humanos e Espaço físico: de acordo com os pontos 10.2 e 10.3

**12.3.3** Técnicas: Biópsia renal, diálise peritoneal

**12.3.4** Hemodiálise - 3 Centros de Referência: 1 no Norte, 1 no Centro e 1 em LVT

**12.3.5** Transplante renal - 3 Centros: 1 no Norte, 1 no Centro e 1 em LVT; 1 único centro para crianças com peso inferior a 15 kg com uma actividade mínima de 10 por ano.

### **12.4 Neonatologia <sup>13</sup>**

São critérios de idoneidade para a prestação de cuidados hospitalares à grávida e recém-nascido, os definidos pela Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal e constantes da Rede de Referenciação Hospitalar publicada pela DGS em 2001, que define os Hospitais de apoio Perinatal e de Apoio Perinatal Diferenciado.

### **12.5 Neuropediatria <sup>14</sup>**

**12.5.1** Cinco a seis Unidades: 2 no Norte, 1 no Centro, 2 em LVT e eventualmente 1 no Algarve

**12.5.2** Recursos humanos e Espaço físico: de acordo com os pontos 10.2 e 10.3

**12.5.3** Articulação com os Centros de Desenvolvimento e de diagnóstico e com os Serviços de Neuroradiologia

**12.5.4** Técnicas: Electroencefalografia, (EEG) vídeo EEG, EEG em ambulatório, Electromiografia.

### **12.6 Oncologia pediátrica <sup>15</sup>**

São critérios de idoneidade para o tratamento de crianças e adolescentes com cancro

---

<sup>12</sup> Técnicas definidas pelo Colégio de Nefrologia Pediátrica da Ordem dos Médicos

<sup>13</sup> Rede de Referenciação Hospitalar, Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, DGS 2001

<sup>14</sup> Segundo o Colégio de Neuropediatria da Ordem dos Médicos

<sup>15</sup> Rede de Referenciação Hospitalar de Oncologia, DGS, 2006

os definidos pela International Society of Pediatric Oncology em Dezembro de 1991 e constantes da Rede de Referenciação Hospitalar de Oncologia, aprovada por Despacho da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, de 17/1/2006.

## **12.7 Alergologia<sup>16</sup>**

**12.7.1** Cinco a seis Unidades: 2 no Norte, 1 no Centro, 2 em LVT e eventualmente 1 no Algarve

**12.7.2** Recursos humanos de acordo com o ponto 10.2

**12.7.3** Espaço físico: de acordo com o ponto 10.3 e sala para estudo da função respiratória que pode ser em articulação com a Pneumologia

**12.7.4** Técnicas: Provas cutâneas e administração de vacinas antialérgicas; provas de provocação oral, nasal, conjuntival e brônquica; imunoterapia específica; descensibilização a medicamentos.

## **12.8 Neurodesenvolvimento<sup>17</sup>**

**12.8.1** Rede de prestação de cuidados de saúde de desenvolvimento infantil: A rede de prestação de cuidados de saúde de desenvolvimento infantil compreende 3 níveis de cuidados: I - a nível dos Cuidados Primários; II - a nível hospitalar; III - Centro de Desenvolvimento.

**12.8.1.1** Nível I: Cuidados prestados nos Centros de Saúde Reconfigurados, inseridos na comunidade em relação directa e próxima com as famílias. As suas competências envolvem a identificação e encaminhamento para os níveis II ou III das crianças com perturbações do desenvolvimento e o acompanhamento posterior; deve articular-se com a rede de intervenção precoce.

**12.8.1.2** Nível II: Cuidados prestados nas consultas de desenvolvimento dos Hospitais de Apoio Perinatal ou dos Serviços de Pediatria Geral. As suas competências incluem a realização de avaliações especializadas de desenvolvimento infantil nas crianças referenciadas, o acompanhamento das crianças com perturbações do desenvolvimento,

---

<sup>16</sup> De acordo com a Secção de Imunoalergologia de Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria

<sup>17</sup> De acordo com a Secção de Neurodesenvolvimento da Sociedade Portuguesa de Pediatria

comportamento e dificuldades de aprendizagem em articulação com os Cuidados Primários (Nível I) e com os Centros de Desenvolvimento (Nível III).

**12.8.1.3** Nível III: Cuidados prestados nos Centros de Desenvolvimento Infantil autónomos ou integrados nos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado ou nos Serviços de Pediatria Especializados. As suas competências incluem assegurar uma diversidade de cuidados especializados sejam por tipo de patologia ou por grupo específico de crianças, em articulação com os recursos comunitários. Devem articular-se com os níveis I e II, tendo ainda a responsabilidade pela formação e investigação.

**12.8.1.3.1** 5 a 6 Centros: 2 no Norte, 1 no Centro, 2 em LVT e 1 no Alentejo ou Algarve

**12.8.1.3.2** Recursos Humanos: 2 pediatras com formação em neurodesenvolvimento; pelo menos 1 elemento das especialidades abaixo referidas; na área da educação: 2 professores de ensino especial

**12.8.1.3.3** Espaço físico: próprio ou integrado na Consulta de Pediatria com mínimo 2 salas de consulta, uma sala de reuniões multidisciplinar, um espaço lúdico e uma sala de espera não partilhada.

**12.8.1.3.4** Apoios: Neuropediatria, Neuroradiologia, Pedopsiquiatria, Psicologia Clínica, Patologia Clínica, Medicina Física e Reabilitação, Genética Médica, Doenças Metabólicas, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Pediátrica, Ortopedia, Serviço Social.

**12.8.1.3.5** Técnicas: Tabela MCDTs publicada no Diário da República - I Série B nº113 de 12 de Junho de 2006

## **12.9 Doenças metabólicas<sup>18</sup>**

**12.9.1** Três Unidades: 1 no Norte, 1 no Centro e 1 em LVT

**12.9.2** Recursos humanos: 2 médicos com diferenciação nesta área. Espaço físico em partilha com outras áreas.

**12.9.3** Apoio: Centro de Desenvolvimento, Neuropediatria, Neuroradiologia, Pedopsiquiatria, Psicologia Clínica, Patologia Clínica, Centros de Estudo Bioquímico, Genético e Molecular, Medicina Física e Reabilitação, Genética Médica, Oftalmologia,

---

<sup>18</sup> De acordo com a Secção de Doenças Metabólicas da Sociedade Portuguesa de Pediatria

Otorrinolaringologia, Cirurgia Pediátrica, Centros de Transplante Pediátrico, Ortopedia e Serviço Social.

#### **12.10 Endocrinologia pediátrica <sup>19</sup>**

**12.10.1** Três a 4 Unidades: 1 no Norte, 1 no Centro, 1 em LVT e eventualmente 1 no Algarve

**12.10.2.1** Recursos humanos Médicos - dois com diferenciação nessa área a tempo inteiro.

**12.10.2.2** Enfermeiros - dois afectos: às técnicas, ao acompanhamento ou a situações específicas no internamento.

**12.10.2.3** Espaço físico: de acordo com os pontos 10.3

**12.10.3** Técnicas: Provas funcionais endocrinológicas

**12.10.4** Apoios: Patologia Clínica (Hormonologia), Genética Médica, Neuropediatria, Oftalmologia, Cirurgia Pediátrica, Núcleo de Nutrição e Dietética, Pedopsiquiatria, Psicologia Clínica e Serviço Social.

#### **12.11 Infecçiology pediátrica e Imunodeficiências**

**12.11.1** Cinco Unidades: 2 no Norte, 1 no Centro, 2 em LVT; destas 5 unidades, 2 com Quartos de Isolamento de Grau VI

**12.11.2** Recursos humanos de acordo com os pontos 10.3

Espaço físico: 8 camas em quartos individuais, com sectores diferenciados de pressão positiva e pressão negativa.

#### **12.12 Medicina da Adolescência**

**12.12.1** Três Unidades: 1 no Norte, 1 no Centro, 1 em LVT

**12.12.2** Recursos humanos: de acordo com o ponto 10.2

**12.12.2.2** Espaço físico: Consulta em área própria com gabinete e sala de estar adequada para o grupo etário

---

<sup>19</sup> De acordo com a Secção de Infecçiology Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria

**12.12.3 Apoios:** Ginecologia e Obstetrícia, Nutrição e Dietética, Pedopsiquiatria, Psicologia Clínica e Serviço Social. Outros conforme problemas específicos que envolvem outras especialidades ou subespecialidades.

### **12.13 Pneumologia pediátrica <sup>20</sup>**

**12.13.1** Três a 4 Unidades: 1 no Norte, 1 no Centro, 1 em LVT e eventualmente 1 no Algarve

**12.13.2** Recursos humanos e Espaço físico de acordo com os pontos 10.2 e 10.3 e sala para estudo da função respiratória que pode ser em articulação com a Alergologia ou Pneumologia de adultos

**12.13.3** Técnicas: Broncoscopia rígida e flexível, biópsia pleural e pulmonar. Provas de provocação oral, nasal, e brônquica.

## **13. Cirurgia pediátrica <sup>21</sup>**

**13.1** A Cirurgia Pediátrica integra a Cirurgia Neonatal, a Visceral que inclui a Pulmonar, Digestiva, Urológica e Oncológica e a de Urgência que inclui Trauma e Queimados.

**13.2** A cirurgia das malformações ortopédicas, cardíacas, neurocirúrgicas e plásticas, pela complexidade dos meios que requerem, podem envolver especialistas nessas áreas, mas respeitando o princípio de que os cuidados à criança e adolescente devem ser prestados, sempre que possível, por especialistas do grupo etário pediátrico.

**13.3** As orientações gerais para um Serviço de Cirurgia Pediátrica são coincidentes com as exigidas para um Serviço de Pediatria Médica (Ponto 3).

**13.3.1** Quanto à unidade de Cirurgia Ambulatória, propõe-se um programa específico para os doentes cirúrgicos do grupo etário dos 0 aos 18 anos, em dia fixo, para todas as especialidades.

---

<sup>20</sup> De acordo com a Secção de Pneumologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria

<sup>21</sup> De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cirurgia Pediátrica. Enviado para parecer do colégio de CP, sem resposta



**13.3.2** Consideram-se dois níveis de Serviço Hospitalar de Cirurgia Pediátrica: Serviço de Cirurgia Pediátrica Geral (SCPG) e Serviços de Cirurgia Pediátrica Especializado (SCPE)

#### **13.4 Serviço de Cirurgia Pediátrica (SCPG)**

**13.4.1** Um SCPG pode justificar-se em alguns Hospitais com Serviço de Pediatria Geral, pelo grande movimento assistencial e/ou pela situação geográfica.

**13.4.2** Ao SCPG compete a prestação de cuidados diferenciados e continuados na área da cirurgia visceral pediátrica e eventualmente na área da cirurgia neonatal nos SPG com Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

**13.4.3** Deve ficar assegurada a colaboração com especialistas de outras áreas médicas ou cirúrgicas que também prestem cuidados diferenciados neste grupo etário. O internamento deve ser sempre em ambiente pediátrico.

**13.4.4** Lotação em Internamento pediátrico: mínimo 6 camas (a partilhar com outras especialidades cirúrgicas)

**13.4.5** Recursos Humanos: Médicos : 3 cirurgiões pediatras

**13.4.6** Condições mínimas: meios auxiliares de diagnóstico adequados, nomeadamente ECO e TAC, 24/24h; acesso a um Bloco Operatório dotado de equipamento adequado 24/24 h e em 2 períodos semanais planeados de acordo com plano de actividades a estabelecer. Anestesiista preferencialmente com experiência em anestesia pediátrica, para optimização dos resultados.

**13.4.7** Urgência de Cirurgia Pediátrica: a urgência cirúrgica em SPG com SCPG só poderá ser assegurada em regime de chamada ou de prevenção

**13.4.8** Nos SPG sem SCPG, poderá justificar-se um consultor de Cirurgia Pediátrica cujas funções seriam na área do ambulatório.

#### **13.5 Serviço de Cirurgia Pediátrica Especializado (SCPE)**

**13.5.1** A um Serviço de Pediatria Especializado deve corresponder um Serviço de Cirurgia Pediátrica Especializado (SCPE) que integra o Departamento de Saúde da Criança ou o Departamento de Cirurgia Pediátrica quando a dimensão do Hospital

justifique uma agregação de outras especialidades cirúrgicas (Ortopedia, ORL, Oftalmologia) .

**13.5.2** Um SCPE presta cuidados diferenciados e continuados nas áreas da Cirurgia Neonatal e Visceral, aos doentes que recorrem ao Hospital no qual se integra, sendo referência para cuidados especializados em áreas de diferenciação específicas

**13.5.3** Privilegiar o tratamento em regime ambulatorio em cerca de 50% dos novos casos admitidos pelas Consultas Externas.

**13.5.4** Cooperar com a Unidade de Diagnóstico Pré-natal com a Unidade de Neonatologia (integrando os especialistas das diversas áreas), de modo a abordar e orientar multidisciplinarmente os casos de patologia fetal malformativa.

**13.5.5** Cooperar com os Centros de Saúde da área de influência do Hospital promovendo uma formação mais específica dos Clínicos Gerais para os problemas cirúrgicos pediátricos, permitindo orientar de modo correcto e atempado o envio dos doentes para a Unidade.

**13.5.6** Um SCPE dotado de todas as sua valências deverá realizar cerca de 2000 a 2500 intervenções de Cirurgia Pediátrica/ano, tanto electivas como urgentes, e gerar cerca de 6 000 consultas externas/ano.

### **13.6 Áreas de diferenciação de Cirurgia Pediátrica**

**13.6.1** Justifica-se a diferenciação em:

Urologia Pediátrica, Cirurgia Plástica e Queimados

**13.6.2 Unidade de Urologia Pediátrica**

#### **Unidade de Cirurgia Plástica**

**13.6.2.1** Lotação em internamento - 4 a 6 camas partilhadas ou integradas no Serviço ou Departamento de Cirurgia

**13.6.2.2** Técnicas- dispõe ou partilha de um espaço físico que permita técnicas/ procedimentos específicos.

**13.6.2.3** Recursos Humanos:

2 Cirurgiões com diferenciação na área; 1 Enfermeiro afecto à Unidade e às técnicas

**13.6.2.4** Consultas - mínimo 3.000 /ano

### **13.6.3 Unidade Pediátrica de Queimados**

Os queimados pediátricos necessitam de um tratamento específico e multidisciplinar que deverá ser realizado preferencialmente em ambiente pediátrico.

#### **13.6.3.1 Duas Unidades de Queimados: 1 no Norte e 1 em LVT**

#### **13.6.3.2 Espaço físico - 8 a 10 camas em espaço físico próprio, de preferência em quartos individuais.**

#### **13.6.3.3 Sala de Bloco Operatório com 1 marquês para terapêutica em fase aguda, a funcionar 24 horas. Área de Balneoterapia que permita efectuar esta técnica sob Anestesia Geral.**

#### **13.6.3.4 Técnicas - dispõe ou partilha um espaço físico que permita técnicas/procedimentos específicos nomeadamente a Reabilitação da criança queimada**

#### **13.6.3.5 Recursos Humanos - 2 Subespecialistas ou Cirurgiões Pediatras com diferenciação nesta área, em articulação com os médicos da UCIP, MFR, Anestesia, Pedopsiquiatria e outras especialidades**

Enfermeiros - o número afecto à Unidade deverá ser de acordo com as características da mesma

### **13.6.4 Oncologia Cirúrgica**

Deve ficar assegurada a colaboração com especialistas de outras áreas médicas ou cirúrgicas que também prestem cuidados diferenciados neste grupo etário.

### **13.7 Urgência cirúrgica em SCPE**

Deverá ser assegurada por Cirurgiões Pediátricos em regime de presença física podendo estar em regime de chamada ou de prevenção os especialistas das diversas áreas de diferenciação dentro da Especialidade como Urologia ou Plástica.

Esta urgência deverá integrar em regime de presença física a valência de Ortopedia Infantil

Para garantir a sua missão, em caso de assumir-se como referência para Trauma Pediátrico deverá ser assegurado o acesso imediato a cuidados especializados das áreas de Neurocirurgia, Cirurgia Cardíaca e Cirurgia Vascular

## 14. Outras Especialidades

Em outras Especialidades, como a Pedopsiquiatria<sup>22</sup> e a Cardiologia Pediátrica<sup>23</sup> e Medicina Física e Reabilitação<sup>24</sup>, Oncologia<sup>25</sup> e Genética<sup>26</sup>, há Redes de Referência Hospitalar aprovadas pela Direcção -Geral de Saúde. Essas redes devem reger-se pelas normas de cuidados à Criança e Adolescente deste documento.

Nas Especialidades não pediátricas, deve haver sensibilização e formação específica dos profissionais que se dediquem à criança e adolescente e tal como definido anteriormente todo o atendimento dos 0 aos 18 anos deverá ser realizado em serviços de pediatria.

Nota especial para as Unidades de Pedopsiquiatria

Os cuidados de Saúde Mental são o exemplo paradigmático da necessidade de atendimento em estrutura física apropriada ao período etário, das necessidades especiais (p.e.as alterações comportamentais), e das necessidades de observação e intervenção não só da criança/adolescente mas também da família em que está integrada.

Será por isso essencial que todas as estruturas de Saúde Mental Infantil estejam integradas em termos físicos e funcionais nas Unidades de Saúde Pediátricas.

Pela Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente: M Céu Machado, João Estrada, Rui Rosado, M José Araújo, J Bilhota Xavier, J Arelo Manso, M Júlia Guimarães

Pelos Colégios de Subespecialidade e Sociedades Portuguesa de Pediatria e Cirurgia Pediátrica: Cuidados Intensivos Pediátricos: Francisco Cunha, Alexandra Seabra; Gastroenterologia: Jorge Amil, Fernando Pereira; Nefrologia: Helena Jardim, F Coelho Rosa; Oncologia: Lucília Norton; Infecçiology: José Gonçalo Marques; Desenvolvimento: Rosa Gouveia; Alergologia: Libério

---

<sup>22</sup> Organização dos Serviços de Saúde Mental da Infância e Adolescência, Circular Normativa da DGS, de 17/06/05

<sup>23</sup> Rede de Referência de Intervenção Cardiológica da DGS 2004, p.63

<sup>24</sup> Rede de Referência Hospitalar de Oncologia da DGS 2004

<sup>25</sup> Rede de Referência Hospitalar de MFR, DGS 2004

<sup>26</sup> Rede de Referência Hospitalar de Genética, DGS 2004